



актуальные вопросы
эндоскопии
Санкт-Петербург

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДОСКОПИИ

24 МАРТА 2016 | САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

V первенство россии по эндоскопии: лучший клинический случай

Колоренальный свищ: мультидисциплинарный подход в лечении редкого осложнения

Стручкова Е.Ю., Трушкин Р.Н., Фомин В.С., Стручков В.Ю.

Нефроколитические свищи являются патологическим соустьем между мочевыделительной системой (почки или мочеточники) и толстой кишкой. В настоящее время по данным литературы имеется чуть больше чем 40 описанных наблюдений подобного страдания. Наиболее частыми причинами формирования свищей являются нефролитиаз и воспалительные процессы почек, болезнь Крона, осложненная дивертикулярная болезнь ободочной кишки, злокачественные опухоли (как кишечной, так и почечной локализации), хирургические осложнения (последствия термоабляции очаговых образований почек), и, реже, туберкулез почек.

Клинический случай.

Больная С., 77 лет, была доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ №52 с жалобами на слабость, боли в левых отделах живота.

На момент поступления состояние пациентки оценивалось как тяжелое. При обследовании в приемном отделении было диагностировано объемное образование в левой половине брюшной полости. Отмечалась гипотония, интоксикация и отек головного мозга, в связи с чем больная госпитализирована в отделение общей реанимации.

Состояние с прогрессивной отрицательной динамикой: уровень сознания оглушение, гипертермия до 38,8С, тахикардия до 110 в мин., гипотензия до 90/50 мм.рт.ст. При пальпации живот болезненный в левых отделах, где пальпаторно определяется объемное образование до 15x10см, плотно-эластической консистенции, не смещаемое, предположительно увеличенная левая почка. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Отмечает частый жидкий стул. Симптом поколачивания положителен слева. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. При постановке уретрального катетера получена моча с примесью кала и газа.

Высказано предположение об опухоли брюшной полости с прорастанием в мочевой пузырь (?) или почку (?) с распадом на фоне явлений сердечно-легочной недостаточности, SIRS.

По данным МСКТ брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено отграниченное многокамерное жидкостное образование в левых отделах с наличием газа и возможным сообщением с левой половиной ободочной кишки (высказано предположение о гидронефротически деформированной левой почке).

Выполнено транскутанное дренирование левой почки путем пункционной нефростомии под УЗ-наведением. При установке нефростомического дренажа в полостную систему левой почки выделилось до 2000 мл мутной, зловонной мочи с примесью кала и газа.

После подготовки больной выполнена видеоколоноскопия с целью верификации диагноза между опухолевым поражением ободочной кишки с прорастанием в левую почку и гнойным расплавлением паранефрия в связи с пионефрозом, при этом в нисходящем отделе ободочной кишки выявлен дефект стенки диаметром до 5 см, ведущий в полостную систему левой почки. Полость с бугристым дном, содержит гнойное отделяемое. Края дефекта четкие, ровные, плотные. Произведена полифокусная биопсия. При антеградном введении контрастного вещества в полостную систему почки отмечается его поступление в толстый кишечник. Произведена санация полости через колоноскоп, после которой образование в брюшной полости стало мягче и значительно уменьшилось в размерах.

По данным гистологического заключения, в препаратах лейкоцитарно-некротический детрит, слущенные обрывки эпителия кишки, мышечной, фиброзной и жировой ткани с диффузной воспалительной инфильтрацией. Данных за опухолевый рост не получено.

На фоне проведенного эндоскопического и терапевтического лечения гемодинамические показатели стабилизировались, дыхательная недостаточность регрессировала, исчезли явления интоксикации, метаболические нарушения компенсированы.

Выписана на 18-е сутки (с момента первичной госпитализации) в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга и уролога с рекомендациями повторной госпитализации для оперативного лечения с целью разобщения свищевого хода через 6 месяцев.

По прошествии 4 месяцев, состояние больной удовлетворительное, вышеописанных жалоб больная не предъявляет. Достигнут приемлемый для пациентки уровень качества жизни, ввиду чего в настоящее время от второго этапа радикального лечения больная воздерживается.